

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

POUR LE

N°
209

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre MOYSE

Né le 27 décembre 1903 à Metz
De la Faculté de Médecine de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

**FORMES TUMORALES
DE CALCULS BILIAIRES
ARRÊTÉS DANS L'INTESTIN**

Président : CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1932

200

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre MOYSE

Né le 27 décembre 1903 à Metz
De la Faculté de Médecine de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

**FORMES TUMORALES
DE CALCULS BILIAIRES
ARRÊTÉS DANS L'INTESTIN**

Président : CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY . . . Urologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLÉRY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophthalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
LEDoux-LEBARD	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Dont le tendre soutien ne me manqua
jamais au cours de mes études et
dont l'image bien-aimée me restera
toujours présente.*

A MA MÈRE

*Témoignage de mon affection filiale et
de ma profonde reconnaissance pour
tout ce qu'elle a fait pour moi.*

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur B. CUNÉO

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'Honneur

*En hommage de respectueuse gratitude
pour l'honneur qu'il nous a fait
d'avoir bien voulu présider notre
thèse.*

A NOTRE MAÎTRE

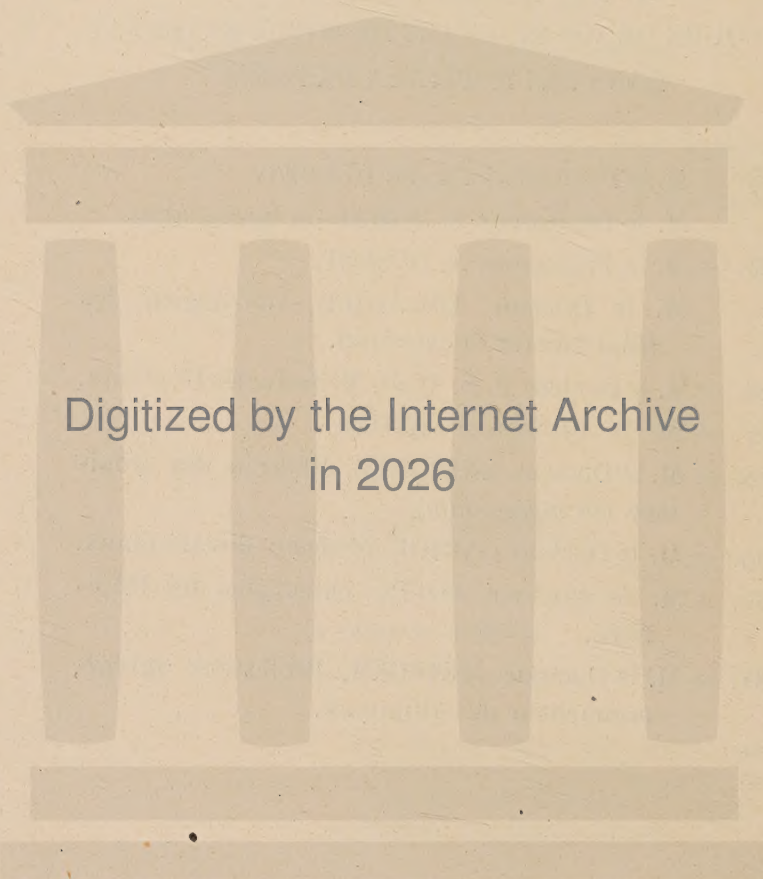
le Docteur BÖPPE

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré cette thèse. Nous
sommes heureux de lui témoigner ici
tous nos remerciements pour son bien-
veillant accueil et ses conseils.*

A. NOS MAITRES SUCCESSIFS
AU COURS DE NOS STAGES ET DE NOTRE EXTERNAT
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1924. — M. le Professeur PIERRE DELBET.
M. le Professeur F. WIDAL (*in memoriam*).
1925. — M. le Professeur A. GOSSET.
M. le Docteur DUJARIER, Chirurgien des
Hôpitaux (*in memoriam*).
1926. — M. le Docteur P. E. Weil, Médecin des Hôpitaux.
1927. — M. le Professeur WIDAL.
1928. — M. le Docteur ENRIQUEZ, Médecin des Hôpi-
taux (*in memoriam*).
1929. — M. le Docteur CARRIÉ, Médecin des Hôpitaux.
1930. — M. le Docteur BOPPE, chirurgien des Hôpi-
taux.
1931. — M. le Docteur METZGER, Professeur agrégé,
accoucheur des Hôpitaux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Le passage d'un calcul de la vésicule biliaire dans l'intestin, soit par les voies naturelles, canal cholédoque, soit par une fistule vésiculo-intestinale, donne le plus souvent naissance à un tableau clinique aigu d'occlusion intestinale, l'iléus biliaire.

A cette forme aiguë, dramatique, complication relativement rare des cholécystites calculeuses, s'oppose la forme chronique, tumorale et souvent pseudo-néoplasique qui réalise un syndrome de subocclusion. Sa symptomatologie s'étage sur de nombreux mois. Son diagnostic est d'autant plus difficile à poser, qu'il s'agit-là de formes excessivement rares.

En effet la littérature médicale se montre pauvre en cas de ce genre et c'est à l'occasion d'une observation inédite, que nous nous proposons d'en faire une courte étude.

L'étiologie est identique à celle de l'iléus biliaire à forme aiguë.

Il s'agit presque toujours de femmes et d'un âge assez avancé, puisque dans la majorité des observations elles ont dépassé la cinquantaine.

Les antécédents hépatiques sont le plus souvent absents. Soit qu'ils n'existent pas, soit que leur discrétion extrême les rejette à l'arrière-plan et il faut alors les extraire par un interrogatoire serré de la mémoire

des malades sous peine de les voir passés sous silence et méconnus. Leur absence ne fait que rendre plus incertain encore le diagnostic de l'infection et en renforcer sa difficulté.

C'est généralement à la faveur d'une inflammation subaiguë en chronique de la vésicule biliaire, qu'il se forme peu à peu au cours des poussées inflammatoires répétées une coque de péricholécystite. Celle-ci ne tarde pas à contracter à son tour des adhérences avec les organes avoisinants et en particulier avec le tractus digestif.

Il s'agit rarement d'adhérences vésiculo-gastriques. Le plus souvent — et comme l'ont montré les statistiques — il se produit des adhérences vésiculo-duodénales et vésiculo-coliques.

C'est donc surtout à ces points d'élection que l'on va rencontrer les orifices pathologiques de communication.

Dans les cas qui nous intéressent, la fistule se crée d'une manière torpide. Le calcul cheminera à travers le canal qu'il a ainsi contribué à creuser d'une façon absolument silencieuse.

Nous insisterons sur la valeur qu'acquiert le segment intestinal au niveau duquel se créent les adhérences.

Dans les cas d'iléus biliaire à forme aiguë qui sont les plus fréquents, le segment intéressé fait le plus souvent partie du grêle.

En effet, on admet en général que, vu le calibre relativement restreint de la lumière intestinale à ce niveau, la tendance si prompt à la défense des anses grêles

ainsi que la longueur de la traversée digestive, il se produit d'une façon presque immédiate après l'intrusion du corps étranger, un syndrome d'occlusion à symptomatologie aiguë. Sans doute lorsqu'il s'agirait d'un très petit calcul, cette éventualité pourrait faire défaut : la réaction spasmodique douloureuse ne se produirait pas. Mais alors d'une façon presque constante le calcul suivrait la filière intestinale et serait évacué en même temps que les matières fécales.

Au contraire, dans les formes chroniques, les adhérences se feraient de préférence avec une portion dilatée du tractus digestif et en particulier avec l'angle droit du côlon ou un segment rapproché du côlon ascendant.

Il est très compréhensible qu'à la faveur de ces adhérences réunissant ainsi d'une façon intime la vésicule biliaire et l'angle hépatique du côlon, la fistule se produise de façon insidieuse et latente et livre ainsi passage au calcul.

Ce dernier cheminé à travers l'étroit chenal sans signe qui attire l'attention et la migration s'accomplit en sourdine.

Le calcul aboutit dans un canal large, se contractant moins par spasme local et ultérieurement il sera à l'origine d'un syndrome d'occlusion chronique dont la cause échappera totalement.

Une fois passé dans l'intestin, il peut progresser et même être éliminé ou bien il se fixe.

Ce point d'arrêt est des plus variables.

Si en effet, en cas d'opération pour occlusion intestinale à forme aiguë par iléus biliaire, c'est presque tou-

jours dans la partie terminale de l'intestin grêle, à cinquante ou quatre-vingts centimètres de la valvule iléo-cæcale que l'on perçoit le calcul migrateur, celui-ci a été trouvé dans les cas qui nous intéressent en des endroits fort différents.

Dans une première observation on le découvre dans le cæcum ; dans une seconde c'est dans l'étroite lumière d'un appendice ; dans les autres enfin il est situé vers la fin de l'iléon ou même en plein intestin grêle.

On voit donc que les différents facteurs : tendance spasmodique, étroitesse de lumière, volume du calcul, etc., etc., invoqués pour expliquer une réaction aiguë de préférence à une symptomatologie chronique sont parfois inopérants.

Pour une cause ou pour une autre, quel que soit le point d'arrêt du calcul et dans les cas qui nous touchent, on n'observe pas de ces tableaux aigus dont le pronostic est presque toujours fatal.

Quoi qu'il en soit, une fois dans l'intestin le calcul se conduit de façons diverses.

Tombé dans le côlon il peut, soit par son propre poids, soit par tout autre mécanisme, descendre jusqu'au niveau du cæcum. Parfois il se fixe plus haut et c'est en général vers le tiers moyen du côlon qu'il s'arrête. Ce ne serait que dans des cas exceptionnels et à la faveur sans doute d'une insuffisance de fermeture de la valvule de Bauhin, qu'il pourrait secondairement la franchir et passer dans l'iléon.

Tombé d'emblée dans l'intestin grêle, le calcul y chemine un temps variable et s'arrête en un endroit

qu'aucune indication valable ne permet de présumer.

Dans les deux cas enfin existe pour lui la possibilité de poursuivre une voie normale et d'être évacué avec les matières fécales.

Dans les formes temporales des calculs biliaires arrêtés dans l'intestin le processus spasmodique est donc réduit au minimum. Si l'on a invoqué parfois et avec raison le fait que la lumière intestinale était large, que le calcul n'était pas enserré par les parois et qu'il était à l'aise pour se loger on voit que la même symptomatologie peut également exister alors que tous ces facteurs font défaut.

D'ailleurs quel que soit son point d'arrêt, peu à peu se forme autour du calcul une gangue réactionnelle qui ne fait que l'encastrier davantage et le fixer plus solidement encore à son point d'attache.

Les sels intestinaux peuvent enrober le calcul, accroître son volume et jouer un rôle dans la production de l'iléus.

Cependant cet état inflammatoire chronique ne tarde pas à aboutir à la formation d'une tumeur qui, ainsi que nous le verrons, va absolument en imposer pour une masse néoplasique aussi bien au point de vue clinique qu'au moment même où une intervention la découvrira aux yeux de l'opérateur.

D'ailleurs à la sténose par accroissement de la masse qui rétrécit progressivement la lumière intestinale, peut se surajouter secondairement une oblitération de nature spasmodique.

Ainsi à l'obstacle mécanique primitif, succèdent des phénomènes inflammatoires et nerveux.

Suivant leur intensité et ainsi suivant le siège de l'arrêt du calcul, on voit aussi s'échelonner toute la gamme clinique des tableaux, de l'occlusion aiguë à l'obstruction chronique en passant par celle à poussées subaiguës.

Au point de vue anatomo-pathologique signalons qu'il s'agit presque toujours de calcul unique, de forme ovoïde ou globuleuse. Le plus souvent le calcul est assez volumineux, les petits ayant tendance à passer par les voies naturelles et à être expulsés.

En conséquence le poids est relativement élevé : de sept à huit grammes, il atteint parfois cinquante-cinq grammes et davantage.

Leur composition chimique ne diffère pas de celle des calculs biliaires habituels. Il s'y surajoute souvent une coque due au dépôt des sels intestinaux.

OBSERVATION INÉDITE

Mme M..., âgée de 54 ans, vient consulter le 25 avril 1930 pour des crises abdominales douloureuses de l'hypochondre et du flanc droits.

La malade fait remonter l'affection actuelle à 1919, époque à laquelle elle a présenté pour la première fois des douleurs paroxystiques de l'hypochondre droit avec irradiations dans le dos et l'épaule droite. On a posé le diagnostic de coliques hépatiques. Accalmie jusqu'en 1922.

Puis de 1922 à 1924 de nouvelles crises apparaissent environ tous les six mois.

Rien jusqu'en 1926.

Puis à nouveau en 1927, 1928 et 1929 les crises se répètent tous les trois ou quatre mois environ. On n'a jamais noté d'ictère au cours des crises. Au premier accès la malade aurait présenté des urines brunâtres, ressemblant à du café noir. Par moments après les crises, mais de façon irrégulières, les selles auraient été un peu décolorées.

En janvier 1930 de nouvelles crises apparaissent, très violentes, siégeant dans l'hypochondre droit, mais ne présentant cette fois ni irradiations dorsales; ni scapuloalgies. Pas de soulagement par la morphine.

Depuis cette époque la malade souffre tout le temps avec des alternatives d'intensité.

Le maximum des douleurs se situe cinq à six heures après les repas.

A ce moment, apparition progressive de coliques avec bruits intestinaux, sensation de boule dans le côté droit, boule qui disparaîtrait après la crise. Enfin les selles sont souvent diarrhéiques avec glaires.

La malade se sent très fatiguée. Elle a maigri de huit kilogrammes depuis le mois de janvier 1930.

Signalons qu'elle a une fille bien portante, âgée de vingt ans.

Ses dernières règles remontent à quatre ans.

A l'examen, on est en présence d'une femme très amaigrie, à l'abdomen non météorisé.

On perçoit dans la fosse iliaque droite une anse intes-

tinale que l'on prend pour le cæcum distendu. Cette anse en forme de boudin, s'affaisse sous la pression du doigt avec un bruit musical.

Au dessus de la région inférieure de l'hypochondre droit la palpation permet de sentir une *tumeur* arrondie, dure, un peu bosselée, de la grosseur d'une orange. Elle est douloureuse, mobile et nettement distincte du bord inférieur du foie qui ne paraît pas augmenté de volume.

La région vésiculaire est un peu douloureuse à la palpation. La vésicule n'est pas sentie. Le reste de l'abdomen est souple.

Un examen radioscopique fait le 15 avril 1930 avait donné les renseignements suivants.

Estomac de forme et de dimensions normales.

Pylore libre et perméable.

Bulbe de volume normal et de contours réguliers.

Conclusions : estomac et duodénum radiologiquement normaux.

Foie : rien à signaler.

Gros intestin : un lavement opaque, poussé sous pression moyenne, remplit normalement une ampoule rectale bien dessinée et de proportions normales, imprègne ensuite une anse sigmoïde à courbe très allongée et un côlon très augmenté de longueur et à plusieurs replis.

On remarque sur la partie haute du côlon ascendant une lacune qui n'a pas les caractères typiques d'une image néoplasique et qui paraît due à une bride. Cette zone qui se projette en position couchée, à trois travers

du doigt au-dessus de la crête iliaque, est très sensible à la pression ; elle est mobile sous la main, il n'y a pas de modification de calibre.

Conclusions : image d'obstacle au tiers supérieur du côlon ascendant : bride ?

La radiographie montre dans la fosse iliaque droite l'existence d'une anse intestinale avec incisures (cæcum et côlon ascendant).

Cette anse se termine brusquement en entonnoir renversé. Au dessus, la baryte qui remplit l'angle hépatique du côlon présente un contour un peu festonné, lacunaire.

Entre les deux segments remplis de baryte, on note l'existence d'une tache claire présentant simplement à sa surface quelques traces barytées.

Le diagnostic porté en définitive est celui de tumeur de l'angle colique droit de nature sans doute néoplasique ou tuberculeuse.

On intervient une première fois le 28 avril 1930. Incision verticale en dehors du grand droit. On aperçoit la tumeur : anse grêle dilatée de dimensions approximatives d'un avant-bras. En position presque verticale, cette anse avait été prise lors de l'examen clinique et radiographique pour le cæcum dilaté.

Succédant immédiatement à cette anse iléale très dilatée, on perçoit une tumeur dure, recouverte par l'épiploon adhérent, peu mobilisable. Le cæcum n'est pas reconnaissable. En réalité c'est lui qui forme la tumeur perçue jusqu'à l'angle sous-hépatique.

En raison de l'état général de la malade, de la fièvre

légère qu'elle présente, de la grosse dilatation du grêle, on pratique simplement une anastomose latéro-latérale iléo-transverse après section de l'iléon à cinquante centimètres environ de l'angle iléo-cæcal. Les suites opératoires sont normales.

Seconde intervention le 12 mai 1930.

On pratique une hémicolectomie droite après résection de l'épiploon adhérent et décollement côlo-pariétal. En abaissant la partie droite du transverse, on reconnaît une zone d'adhérences hépato-coliques masquant la vésicule qui n'est pas explorée. On place un drain ; on met une mèche dans la zone de décollement rétro-colique.

Suites opératoires : formations vers le huitième jour d'une petite fistule stercorale après ablation de la mèche. La malade quitte l'hôpital le 30 mai 1930. Elle est revue au mois de septembre 1930. Sa santé est parfaite. Elle a engraisé de dix kilogrammes. La plaie est cicatrisée, mais à deux reprises elle s'est rouverte avec un écoulement muco-purulent qui a persisté quelques jours.

L'examen de la pièce montre que la dernière anse iléale, dilatée, se jette à plein canal dans le cæcum dont la lumière est très réduite et les parois très épaissies.

La valvule iléo-cæcale n'existe plus.

En incisant la paroi antérieure du cæcum on voit sur la postérieure une niche profonde dans laquelle est incluse un calcul noirâtre de la grosseur d'une bille. Il existe, en regard du calcul, cinq à six polypes allongés, flottants, à extrémité libre, un peu renflée en massue. Pas d'ulcération de la muqueuse.

A ce moment et après coup, l'examen de la radiographie permet en effet de voir le calcul dans la zone claire.

L'examen histologique du cæcum et d'un polype a donné les résultats suivants :

Infiltration inflammatoire de la paroi cæcale ; prolifération papillomateuse bénigne ; pas d'épithélioma.

Autres observations

Société de médecine, de chirurgie et pharmacie de Toulouse : Iléus biliaire, J.P. Tourneux : 1927.

Il s'agit d'un homme, âgé de 53 ans, sans antécédents particuliers, hospitalisé pour troubles abdominaux et qui après un court séjour dans un service de médecine fut évacué sur un service de chirurgie avec le diagnostic de tumeur intestinale. Des examens cliniques et radiographiques ayant montré qu'il s'agissait d'une occlusion incomplète du grêle par un obstacle siégeant dans la lumière de l'intestin, on pensa, devant l'absence de tout symptôme d'ordre lithiasique, qu'on avait affaire à une *tumeur* (adénome pédiculé).

Le malade refusa l'intervention chirurgicale et préféra rentrer chez lui où quelques jours plus tard il expulsa par les voies naturelles un gros calcul biliaire du poids de vingt-sept grammes et mesurant six centimètres de long.

Il s'agissait d'une migration anormale à la suite d'une cholécysto-entérostomie spontanée ayant évolué tout à fait insidieusement.

Société de chirurgie de Lyon, 1929.

Forme pseudo-néoplasique de calculs biliaires arrêtés dans l'intestin : M. Santy et Heitz.

Ces auteurs relatent deux observations de calculs biliaires arrêtés dans l'intestin, sans que l'ensemble symptomatologique ait permis d'envisager le diagnostic de complication biliaire, mais au contraire celui de néoplasme digestif.

I

Le calcul arrêté dans l'appendice avait entraîné des accidents inflammatoires et le diagnostic hésitait entre celui de *tumeur* du cæcum et celui de séquelle épiploïque d'appendicite aiguë.

II

Dans le deuxième cas, survenu chez une femme à laquelle on avait fait un Syme pour sarcome ostéoïde du pied, il s'agissait d'un iléus chronique ; au bout d'un an les troubles du transit intestinal devenant de plus en plus nets, avec péristaltisme visible et perceptible au palper, on intervint et l'on trouva un calcul très volumineux, arrêté dans le dernier tiers de l'iléon, très épaissi, rigide et cartonné, d'*aspect pseudo-néoplasique*.

Aucun antécédent lithiasique n'avait été relevé dans le passé de ces deux malades.

Nous n'avons donc plus à insister sur la symptomatologie de ces formes. Il s'agit d'un syndrome abdominal, s'étageant sur de nombreux mois. Les accidents d'obstruction présentent des alternatives d'intensité et la

banalité même de ces phénomènes rend leur diagnostic étiologique très difficile.

Dans les cas qui nous intéressent, il existe réellement une tumeur d'ordre inflammatoire. C'est elle en définitive qui fait le plus souvent poser le diagnostic de néoplasme.

Dans de nombreuses autres observations on sent également une masse, mais elles sont d'interprétation délicate et bien souvent c'est le calcul lui-même que l'on perçoit.

1) Dans le cas de Cruveilhier rapporté à la Société de chirurgie, l'on : « sentit à un moment donné dans la fosse iliaque gauche une sorte d'empâtement en masse et en déprimant fortement la paroi abdominale on arriva sur une petite *tumeur* dure qui fut prise pour un cancer de l'intestin grêle.

2) Dans celui de Renaut et Regnier rapporté à la Société anatomique, l'on : « sentit à travers la paroi abdominale du côté droit un *empâtement* que l'on soupçonna être l'obstacle au cours des matières ».

3) Brookhouse dans une observation note également l'existence d'une *tumeur* appréciable dans la fosse iliaque gauche.

4) De même Clifford Abbutt dans un autre cas d'iléus biliaire.

5) Dans celui observé par Mlle Brouardel et Martin l'on perçoit un *empâtement* volumineux à forme cylindrique dans la fosse iliaque droite.

Malgré tout, lorsque l'on élimine toutes les observations qui, par leur brièveté ou leur manque de détails, ne peuvent être utilisées, on s'aperçoit que les formes tumorales des calculs biliaires arrêtés dans l'intestin restent exceptionnelles.

Dans l'observation inédite que nous avons citée, on n'a pu vérifier l'existence d'une fistule vésiculo-colique. En sa faveur plaident cependant la découverte pendant l'opération d'adhérences hépatocoliques et le volume du calcul qui n'aurait pu traverser le grêle sans causer d'accidents de nature plus aiguë. Sans doute on a trouvé la valvule de Bauhin détruite. Mais sa disparition peut avoir eu lieu secondairement ; soit du fait de l'inflammation cæcale chronique provoquée par la présence à ce niveau du calcul, soit qu'elle ait été comprise dans le processus inflammatoire et rongée progressivement, soit encore qu'elle ait disparu peu à peu au cours de la distension du cæcum et de l'augmentation de son calibre.

Le diagnostic des formes tumorales des calculs biliaires arrêtés dans l'intestin doit passer par plusieurs étapes.

Nous irons rapidement sur la symptomatologie qui contribue à porter le diagnostic d'occlusion subaiguë. Sa banalité ne permet nullement de présumer de son origine.

En général on s'en tient au diagnostic de tumeur de l'intestin. Il n'est d'ailleurs pas toujours facile de déterminer le siège intestinal de la tumeur et les erreurs de diagnostic sont nombreuses, pour ne rappeler que les

principales : ptose rénale, vésicule biliaire distendue, kyste hydatique suppuré, etc... Ces causes d'erreur étant évitées, on en arrive à conclure à l'existence d'une tumeur de l'intestin et il faut alors essayer de préciser sa nature, ce dont dépend entièrement le pronostic.

C'est alors que le problème devient aride.

Quand, en clinique, on porte le diagnostic de tumeur du gros intestin, on pense tout d'abord au cancer. Parfois un ensemble symptomatique précis permet au contraire de songer à une origine tuberculeuse ou à une invagination chronique.

Par contre on ne peut guère poser le diagnostic de tumeur inflammatoire. C'est tout au plus si l'on peut en envisager la possibilité en raison d'antécédents très nets.

Nous avons en effet retrouvé plusieurs observations de tumeurs inflammatoires par corps étranger, en particulier au niveau de l'angle iléo-cœcal où leur présence provoque un épaissement considérable de la paroi intestinale avec péri-iléite.

Or le calcul se conduit comme tout corps étranger et il est absolument impossible de le distinguer des autres corps qui forment autant de « faux calculs » : graines ou noyaux de fruits, cachets médicamenteux, arêtes de poissons, aiguilles, épingles, morceaux de bois implantés dans la paroi, masse pileuse, etc., etc.

Signalons encore les sables intestinaux, les tumeurs stercorales, enfin les tumeurs dues aux spasmes qui sont pris pour la cause alors qu'elles ne sont que l'effet.

Nous ne citons que pour mémoire les tumeurs véri-

tablement inflammatoires dues à une maladie infectieuse ou parasitaire.

Restent les tumeurs bénignes.

Il est certain que l'absence de tout antécédent spécifique, l'intégrité absolue de l'état général, le fait qu'il n'y a pas de sténose alors qu'il existe une tumeur manifestement intestinale, peut faire pencher le diagnostic en leur faveur : myômes, les plus fréquents, fibromes, lipomes ou adénomes.

Mais là encore on ne peut faire de discrimination certaine. En effet si la tumeur bénigne s'accompagne d'obstruction intestinale; elle entraîne forcément des troubles généraux et il faudrait alors se baser sur l'absence d'adhérences, la mobilité parfaite et l'intégrité du péritoine et du mésentère pour les distinguer ; or il y a des cancers qui pendant longtemps présentent ces mêmes caractères.

De même, si l'on peut soupçonner en cas d'antécédents pathologiques formels, l'existence d'une tumeur inflammatoire, nous savons également que ces mêmes antécédents peuvent prédisposer au cancer ou à la tuberculose.

Aussi peut-on, tout au plus, faire des réserves en faveur de ces tumeurs et sont-elles presque toujours des trouvailles opératoires ou même des découvertes de laboratoire.

La radiologie, malgré divers procédés spéciaux, n'apporte aucun appoint de certitude. Au contraire, elle contribue souvent à l'erreur en attirant l'attention sur

le résultat de la présence du corps étranger et non sur le corps lui-même.

Théoriquement la longue durée de la maladie entraîne le diagnostic de bénignité.

Cliniquement on peut parfois faire le diagnostic de tumeur bénigne sans pouvoir d'une façon certaine en préjuger la nature.

Pratiquement l'on intervient.

CONCLUSIONS

Il existe des *formes tumorales* des calculs biliaires arrêtés dans l'intestin. Ces formes se rencontrent avant tout chez les femmes et d'un certain âge, ayant en général dépassé la cinquantaine. Elles revêtent une symptomatologie intestinale, à type d'obstruction chronique s'étageant sur des mois et parfois des années. Presque toujours on ne retrouve aucun antécédent hépatique.

A l'examen on est en présence d'une tumeur à siège variable. Le plus souvent elle occupe la fosse iliaque droite. Elle est alors des plus appréciables en raison de la tendance que possède le cæcum à réagir en hypertrophiant ses parois et en s'entourant d'une gangue de scléro-lipomatose. Mais elle peut siéger également au niveau de la fosse iliaque gauche ou en tout autre point de l'abdomen.

Cette masse simule le plus souvent tant par ses caractères cliniques que radiologiques un néoplasme intestinal.

L'on intervient croyant à un cancer, opinion qui n'est pas toujours rejetée même au cours de l'acte opératoire ou après ablation du segment intestinal en cause.

Ce n'est guère qu'après ouverture de celui-ci et découverte du calcul qu'on est amené à relever l'erreur de diagnostic.

Par suite le pronostic est à réformer complètement, car ces cas même opérés tardivement sont généralement suivis de guérison.

Malgré leur rareté nous avons pu relever quelques observations. Il est possible qu'à un examen minutieux des pièces, celles-ci se rencontrent d'une façon plus fréquente.

C'est pourquoi nous avons cru intéressant, à propos d'un cas inédit où l'on avait fait un examen clinique, radiologique et anatomo-pathologique complet, d'en faire une courte étude d'ensemble.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse
CUNEO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

1. A propos de 4 observations d'iléus biliaire (J. P. Fourrey, *Thèse Paris*, 1929).
2. Archives des maladies de l'appareil digestif, 1924.
J. Bonnacaze et A. Le Chaux.
3. Chirurgie du gros intestin : Gérard Marchant.
4. Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale par calcul biliaire (Albert Papus, *Thèse Paris*, 1913-14).
5. Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de l'intestin grêle, (P. Brocq et J. Hertz, *Revue de Chirurgie*, 1921).
6. Contribution à l'étude des tumeurs conjonctives bénignes de l'intestin (François Audigier, *Thèse Paris*, 1926).
7. De la symptomatologie et du diagnostic de l'iléus biliaire (Jean Brémont, *Thèse Paris*, 1929).
8. De l'iléus biliaire (Leriche et G. Cotte, *Gazette des Hôpitaux*, 1908).
9. De l'occlusion intestinale par calculs biliaires et de son traitement (E. Kirmisson et E. Rochard, *Archives générales de médecine*, 1892).
10. De l'occlusion intestinale aiguë par calculs biliaires (Delagènière, *Archives provinciales de chirurgie*).

11. Die interne und chirurgische behandlung der Gallenstein Krankheit : P^r Dr H. Kehr (München), 1906.
12. Drei jahre Gallenstein chirurgie, Kehr, 1908.
13. Leçons sur la lithiase biliaire : Chauffard.
14. Les migrations transduodénales directes des calculs vésiculaires, revue des maladies du foie, du pancréas et de la rate, J. Okinczyc, 1928.
15. L'évolution de la lithiase biliaire (E. Binet et G. Durand, *Progrès médical*, 1924).
16. Note sur les tumeurs bénignes de l'intestin : archives provinciales de chirurgie : Heurtaux (Nantes), 1899.
17. Précis de pathologie chirurgicale (Masson) articles de MM. Gosset et P. Duval.
18. Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Lille : Gourelle et Le Kieffre, 1926.
19. Société de chirurgie de Lyon : Cotte, 1924.
20. Société de chirurgie de Lyon : Santy et Heitz, 1929.
21. Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse : J.-P. Tourneux, 1927.
22. Traité de chirurgie de Duplay et Reclus : article de Jalaguier.
23. Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (Maloine) article de Fiessinger.
24. Typhlite et péri-typhlite (Lejars, *Semaine médicale*, 1906).
25. Diagnostic, traitement et pronostic de l'iléus biliaire (*Bulletin Médical* du 29 novembre 1930).

1932. Saint-Amand (Cher). - Imp. A. CLERC
